

DE LA CURE RADICALE
DES
HERNIES OMBILICALES DE L'ADULTE
ET EN PARTICULIER
DE L'OMPHALECTOMIE
AVEC LA SUTURE A ÉTAGES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le jeudi 8 décembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques CASTERET

Lauréat de la Faculté de médecine de Toulouse (Prix Gaussail, 1889).

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Boulogne-sur-Gesse (Haute-Garonne), le 5 octobre 1870.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Décembre 1892

DE LA CURE RADICALE
DES
HERNIES OMBILICALES DE L'ADULTE
ET EN PARTICULIER
DE L'OMPHALECTOMIE
AVEC LA SUTURE A ÉTAGES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le jeudi 8 décembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques CASTERET

Lauréat de la Faculté de médecine de Toulouse (Prix Gaussail, 1889).

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Boulogne-sur-Gesse (Haute-Garonne), le 5 octobre 1870.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Décembre 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER (J.).
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements POLLOSSON, id.
Botanique. BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. LINOSSIER.	MM. ROLLET (Et.).
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	PERRET.	ROQUE.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	POLLOSSON.	ROUX.
COURMONT.	JABOULAY.	ROCHET.	VIALLETON.
DEROIDE.	LANNOIS.	RODET.	WEILL.

BOUVEAULT, chargé des fonctions d'agrégé.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; M. GANGOLPHE, *Assesseur*; MM. CONDAMIN et COURMONT, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance.

A MES FRÈRES, A MES SOEURS

A MES PARENTS

A MES MEILLEURS AMIS

HENRY BOUSQUET, EUGÈNE CRUSSARD,

VICTOR MORNET, PAUL VIGIER

A MES CAMARADES DE PROMOTION

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CONDAMIN

A M. LE DOCTEUR BROUSSE

Médecin major,
Répétiteur de clinique chirurgicale à l'École du service
de santé militaire.

A MES CHEFS

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Pendant notre stage dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons eu la bonne fortune de voir notre maître pratiquer plusieurs fois la cure radicale des hernies inguinales ; nous avons fini par rechercher ces opérations avec une sorte de prédilection.

M. le médecin-major Brousse, qui assistait à l'une de ces opérations, nous établit un parallèle entre les hernies ombilicales et les hernies inguinales, et nous montra combien la cure radicale des premières était controversée ; il nous informa que M. le professeur agrégé Condamin avait fait une expérience à l'amphithéâtre sur un nouveau procédé opératoire de cette hernie.

Notre curiosité fut excitée.... M. Condamin voulut bien la satisfaire, nous fit part de son procédé et nous engagea à faire quelques recherches sur la question. C'est ainsi que nous avons abordé cette étude, qui répondait si bien à nos goûts.

Nous nous sommes surtout attaché à la hernie ombilicale de l'adulte, « hernie de faiblesse », qu'une intervention chirurgicale peut seule faire disparaître, C'est de cette hernie que nous voulons parler, à l'exclusion de celle du premier âge, qui a une tendance naturelle vers la guérison.

L'idée de notre travail est celle-ci : *Comment pourrait-on assurer la cure radicale de la hernie ombilicale de l'adulte ?*

Nous n'avons pas eu la prétention de résoudre le problème. Loin de nous cette témérité. Nous avons seulement voulu indiquer les conditions nécessaires pour assurer la guérison définitive et essayer de montrer que de tous les procédés, l'omphalectomie était celui qui semblait le mieux les réaliser. Nous n'avons d'autre conviction que celle d'avoir fait un travail consciencieux, car nous y avons apporté notre meilleure volonté.

Nous avons divisé ce travail en cinq chapitres :

Le premier comprend quelques considérations sur la cure radicale de la hernie ombilicale.

Le deuxième est l'exposé des méthodes opératoires de notre époque avec les réflexions critiques que nous suggère l'anatomie pathologique de cette hernie.

Dans le troisième, nous envisageons plus spécialement le procédé dont nous a fait part M. Condamin, « l'omphalectomie », avec ses applications cliniques et les avantages qu'il peut avoir.

Dans le quatrième, nous essayons de faire ressortir le rôle que joue une bonne occlusion de l'abdomen dans le résultat ultérieur de l'opération.

Dans le cinquième, nous exposons le procédé que nous suggère cette étude.

Nous nous faisons un devoir, avant d'aborder notre sujet, de remercier nos maîtres de Lyon, de Toulouse et de l'École du service de santé militaire.

M. le professeur agrégé Condamin nous a suggéré l'idée de ce travail, et nous a fourni les premiers matériaux; nous lui en sommes très reconnaissant.

Nous ressentons vivement l'honneur que nous fait notre maître, M. le professeur Poncet, en daignant accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'accepter tous nos remerciements.

MM. Jeannel, Chandelux, Gangolphe ont bien voulu s'intéresser à notre travail et nous céder leurs observations; nous les remercions de l'utile concours qu'ils nous ont prêté.

M. le médecin-major Brousse nous a aidé de ses précieux conseils, il s'est toujours montré bienveillant à notre égard pendant notre séjour à l'École; nous ne l'oublierons pas.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552616_0050

DE LA CURE RADICALE
DES
HERNIES OMBILICALES DE L'ADULTE
ET EN PARTICULIER
DE L'OMPHALECTOMIE
AVEC LA SUTURE A ÉTAGES

CHAPITRE PREMIER

Considérations sur la cure radicale de
l'omphalocèle de l'adulte.

I

L'expression de *cure radicale*, créée depuis la période listérienne, désigne l'opération qui se propose pour but la guérison définitive de la hernie. C'est là son sens primitif; c'est la signification qu'on lui a gardée en France.

A l'étranger, ce mot est pris dans une acception plus générale; on désigne par cure radicale *tout pro-*

cédé qui prétend assurer la guérison de la hernie. Nous le voyons, on lui a donné une extension qu'il n'avait pas au début.

La *cure radicale* éveille l'idée d'une guérison complète et définitive. On a souvent fait remarquer que ce n'était pas le résultat toujours obtenu ; la récurrence n'est pas rare. Aussi Terrier, trouvant le terme trop prétentieux, a proposé de lui substituer celui de *cure opératoire des hernies*. Rien n'est plus vrai, ce serait du reste établir une distinction entre les divers traitements sanglants et non sanglants ; mais l'usage a prévalu. Nous pensons que si le mot *cure radicale* n'est pas toujours justifié, il a l'avantage de montrer le but que le chirurgien se propose.

De nos jours, trois méthodes principales prétendent à la guérison définitive de la hernie ombilicale de l'adulte. Toutes les trois cherchent l'oblitération de l'orifice herniaire : la première, par l'invagination du sac et la suture sous-cutanée de l'anneau, la deuxième, par l'irritation, au moyen de liquides, du tissu cellulo-graisseux périombilical ; la troisième, par la suture de l'anneau mis à découvert.

La première méthode est celle de Wood ; elle consiste à invaginer le sac herniaire et à faire, par-dessus, la suture sous-cutanée de l'anneau.

L'idée est très ingénieuse : il y a là un bouchon maintenu dans le trajet herniaire par le rapprochement même des bords de l'anneau. Malheureusement, ce bouchon organique ne reste pas en place. La peau a une tendance naturelle à se déplier et à revenir à l'extérieur, ce que démontrent les nom-

breuses observations de hernie inguinale où l'on a employé ce procédé; elle distend de nouveau l'anneau et retourne au dehors, laissant la porte ouverte aux viscères.

De plus, la technique de ce procédé est très délicate; son efficacité douteuse, sa difficulté d'exécution l'ont fait peu employer.

La deuxième méthode est plus en usage, à cause de sa simplicité et de son peu d'innocuité. Elle consiste à faire des injections d'eau salée (Luton) ou d'alcool (Schwalbe), dans le tissu cellulo-graisseux qui entoure le collet du sac. On provoque ainsi une prolifération de ce tissu, il se fait un travail adhésif qui amène l'obturation de l'anneau par un bouchon fibreux.

Ce procédé nous rappelle celui de Lannelongue, cherchant à provoquer la sclérose autour des articulations tuberculeuses. On a rapporté des cas de guérison, mais presque tous chez des enfants, où l'anneau a une tendance naturelle à revenir sur lui-même.

Chez l'adulte, où l'anneau est très distendu et comme forcé, on conçoit la difficulté d'obtenir un bouchon fibreux obturateur. Enfin, la nécessité de faire des injections pendant trois mois au moins, ne nous paraît pas un des moindres inconvénients de cette méthode.

Ces deux procédés, celui de Wood et celui de Luton, sont des *procédés indirects* et incertains, nés d'une crainte qui n'est plus légitime. Aujourd'hui, les traitements sanglants s'imposent autant par leur efficacité que par leur bénignité.

La grande majorité des chirurgiens croit, avec raison, que le plus sûr moyen d'oblitérer le trajet herniaire est d'ouvrir le sac, dénuder l'anneau ou la paroi distendue et suturer les bords. C'est là le *procédé direct*, le *procédé de l'antiseptie*. De celui-là seul nous voulons nous occuper ; c'est celui qui répond le mieux aux idées que l'on a en France de la cure radicale.

II

Nous ne nous attarderons pas aux indications de la cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte. Lucas Championnière les a magistralement exposées dans son traité : ce sont l'accroissement progressif, l'irréductibilité, l'inflammation, la gêne, les douleurs parfois intolérables, qui ne rendent pas possible le port d'un bandage, des troubles de la nutrition, l'obésité, l'emphysème, et même l'albuminurie et le diabète, une vraie déchéance de l'organisme. Aussi, trouve-t-il la conclusion naturelle : « En principe, une hernie ombilicale doit être opérée. »

Ces complications, ces dangers, ont fait accepter par la plupart des auteurs la cure radicale.

Segond, dans sa thèse d'agrégation, s'appuie sur les résultats de douze opérations d'omphalocèles pour conclure qu'il faut « essayer les procédés dits de cure radicale. »

Lawson-Tait insiste sur la nécessité du traitement opératoire des hernies ombilicales de l'adulte.

Kœnig dit : « Nous sommes d'avis que l'on doit conseiller l'opération au malade, à cause des dangers multiples auxquels sont exposés les porteurs de hernies de ce genre. »

Il nous serait facile de multiplier les citations, montrant que ceux qui se sont occupés des hernies ombilicales trouvent l'intervention justifiée.

Ces jugements, formulés cependant par ceux-là même qui ont le plus d'autorité en pareille matière, sont loin d'être acceptés sans réserve par tous les chirurgiens. Combien encore conseillent le bandage ! Nous savons ce qu'il faut espérer du bandage, surtout dans une hernie ombilicale. Dans la hernie inguinale, il peut exercer une certaine contention, parce qu'il trouve un *appui solide* sur les branches du pubis. Mais dans la hernie ombilicale, la pelote n'a aucun point *fixe* pour se maintenir en place, l'ombilic est constamment déplacé, dans les moindres efforts, dans les mouvements respiratoires dont il traduit le rythme. On ne peut espérer une contention régulière et constante. La hernie continue à s'accroître et devient vite douloureuse et irréductible, à cause des adhérences de l'épiploon qu'on trouve presque toujours dans les omphalocèles de l'adulte. Aussi, ce jugement du bandage : « *Le meilleur ne vaut rien* (1), *ne contient rien* (2) » nous paraît presque un axiome quand il s'agit des hernies ombilicales. On peut

(1) PONCET.

(2) LUCAS CHAMPIONNIÈRE.

cependant l'essayer au début pour prouver au malade son inefficacité, et lui faire accepter plus facilement l'intervention chirurgicale. « Toute hernie, dit Trélat, qui n'est pas constamment, complètement et facilement contenue par un bandage, est passible de la cure opératoire. »

Ce n'est pas seulement en prévision de l'avenir que nous croyons l'opération nécessaire ; c'est aussi pour la sécurité du présent. On dit que la hernie ombilicale récente s'étrangle rarement. Il est vrai sans doute que cette complication s'observe à un degré moindre que dans les hernies inguinales, mais ce n'est point là une règle absolue. Nous avons vu dans les Cliniques chirurgicales de Molière le cas d'une hernie ombilicale étranglée quelques jours après son apparition.

Et nous savons que l'étranglement de l'intestin à l'ombilic est plus redoutable qu'au canal inguinal. Aussi, croyons-nous qu'il ne faut pas temporiser. La hernie ombilicale, comme les autres hernies, est dès son apparition une menace incessante. Le danger que court le sujet justifie l'intervention. Lucas Championnière dit qu'une hernie ombilicale *ne doit pas grossir*. Attaquer le mal à sa naissance, c'est le meilleur moyen de l'étouffer.

Quelle conduite tenir à l'égard des grosses hernies ? Il est permis d'hésiter. Nombreuses sont les adhérences épiploïques, il faut du temps pour les rompre ; on doit craindre d'exposer trop longtemps à l'air la masse intestinale. Aux dangers de l'infection s'ajoute une sorte de shok opératoire, qui rend l'intervention périlleuse et incertaine.

Nous croyons cependant que si l'âge du sujet et sa santé peuvent lui permettre de supporter l'opération, on est autorisé à intervenir, ne serait-ce qu'à cause de la gêne et des douleurs qui accompagnent le plus souvent les exomphales de grosse dimension. Le résultat est incertain, c'est vrai, mais s'il n'y a pas guérison définitive, il y aura du moins guérison momentanée, suppression de la gêne et des douleurs. Lucas Championnière a opéré une hernie de 78 centimètres de tour à la base, et d'une hauteur de 31 centimètres. Becker (1) a opéré une omphalocèle descendant jusqu'au-dessous du pubis, cachant les organes génitaux. Les malades ont guéri.

Outre les dangers de l'étranglement, il y a aussi à craindre, dans ces hernies volumineuses, la rupture du sac, accident rare il est vrai, mais dont nous avons trouvé plusieurs cas rapportés par Mersenne, Holmer Coote, Pilkington, Whyte Rattray et Lawson (2).

Le malade ne peut donc que retirer bénéfice de l'intervention chirurgicale, même dans le cas d'une hernie volumineuse. L'omphalectomie diminuera les chances de récurrence.

Certes, nous ne voulons pas dire qu'on doive opérer d'emblée ces énormes hernies, vraies monstruosités qu'on signale à titre de curiosité. Duplay (3) rapporte le cas d'une hernie ombilicale descendant jusqu'aux genoux. Ces hernies ont perdu en quelque sorte leur droit de cité dans la cavité abdominale dont

(1) Congrès de chirurgie, 1888.

(2) *The Lancet*, 13 septembre 1890.

(3) Thèse d'agrégation, 1866.

la contenance semble avoir diminué. Nous connaissons les difficultés de leur réintégration et l'opportunité de l'intervention est discutable.

Si nous envisageons la majorité des cas, c'est-à-dire les hernies variant du volume d'une petite pomme à celui d'une grosse orange, nous dirons que la hernie ombilicale doit être opérée. Ce ne sont pas seulement les caractères de la hernie, douleur, gêne, irréductibilité, qui doivent décider de l'intervention ; *l'existence seule de la hernie nous paraît une indication de la cure radicale.*

CHAPITRE II

Procédés actuels de cure radicale.

Nous ne saurions considérer comme une tentative de cure radicale les opérations de Foucher, Campenon et Scheaf, où la kélotomie fut suivie de la fermeture de l'anneau par un bouchon épiploïque. Ce n'était pas dans l'intention de fermer la porte à la hernie que l'épiploon fut ainsi maintenu dans le trajet herniaire. C'était surtout pour éviter l'infection de la cavité abdominale. Nous savons combien on redoutait autrefois l'infundibulum formé par le sac herniaire ombilical. L'épiploon du reste devient graisseux et finit par disparaître dans la cavité abdominale, laissant l'anneau largement ouvert.

Ce procédé de Foucher nous rappelle la méthode de Mac-Ewen dans les hernies inguinales où on cherche à obturer le canal par le pelotonnement du sac. Cette idée d'oblitérer l'orifice herniaire par un

bouchon organique n'est pas encore abandonnée, et Trendelenburg a essayé d'obturer le canal inguinal par des plaques osseuses.

Les vraies méthodes de cure radicale sont celles qui font disparaître tout orifice de sortie par le rapprochement de ses bords.

Dans les divers procédés qui se disputent l'honneur de la cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte, on peut reconnaître deux courants. Les uns envisagent la hernie ombilicale comme une hernie inguinale et la traitent de même, les autres se préoccupent surtout de la plaie qui résulte de l'opération et la traitent comme une plaie d'ovariotomie.

Donc, deux groupes de procédés, l'un et l'autre contemporains, marchant de pair et se perfectionnant de plus en plus. Malgré les points communs qui les rapprochent, nous désignerons le premier groupe par le nom de « *procédés herniaires*, » le second par celui de « *procédés d'éventration* ».

I. — PROCÉDÉS HERNIAIRES.

Les procédés herniaires sont ceux dans lesquels on fait l'extirpation du sac, la ligature du collet, la suture de l'anneau et enfin celle de la peau.

Au début, on songeait peu à faire la ligature isolée du collet. C'est ainsi que nous voyons Geisel (1878), Polaillon (1880), Reverdin (1882), faire la suture simultanée de l'anneau et du collet du sac.

Socin fut des premiers à préconiser la suture isolée du collet et de l'anneau.

Pensant que les bords de l'anneau avaient perdu leur plasticité, et par conséquent ne pouvaient fournir une bonne cicatrice, il en résèque une portion, il fait l'avivement. Voici, d'après Mestral (1) les divers temps de l'opération :

1° Dissection, isolement et ablation totale du sac ;

2° Excision de l'épiploon adhérent, divisé en plusieurs tronçons, qui sont liés avec des fils de soie ; réduction des pédicules ;

3° Avivement de l'anneau fibreux ;

4° Suture de la plaie, trois plans :

1^{er} plan, suture du péritoine ;

2^e — suture de l'anneau ;

3^e — suture cutanée.

Lawson-Tait pense que le simple avivement ne peut suffire pour assurer la réunion de l'anneau. Il conseille par une incision parallèle à la paroi de le dédoubler dans une étendue de 1 centimètre, de façon à constituer deux lambeaux dont l'un est formé par une couche fibreuse adhérente au péritoine, l'autre par une couche fibreuse adhérente à la peau. Et il adosse ces deux surfaces dans l'espoir d'obtenir une puissante barrière cicatricielle. Sœnger (2), qui

(1) DE MESTRAL. Thèse de Bâle, 1881.

(2) SOENGER. Zur Radical operation grosser nicht eingeklemmter Nabelbrüche in *Centralblatt für « Gynæcologie »*, juillet 1890.

rapporte ce procédé, dit avoir pratiqué trois fois cette opération avec succès.

Tels sont les principaux procédés herniaires; tous les efforts tendent à oblitérer l'anneau. On part de ce principe : *c'est l'anneau qui est distendu, il faut le resserrer*. On considère sa suture comme indispensable pour prévenir la récurrence, mais on croit que c'est la seule condition nécessaire. « Dans les hernies ombilicales, dit Segond, la réunion des bords de l'orifice aponévrotique s'obtient facilement au moyen d'une suture à catgut à points séparés. »

Nous pouvons caractériser ces procédés par trois mots : *on suture, on avive, on dédouble*.

II. — PROCÉDÉS D'ÉVENTRATION.

Ces procédés considèrent la plaie résultant de l'opération comme une plaie d'ovariotomie et la traitent de même. Dans les procédés précédents, toute l'attention se portait du côté de l'anneau; ceux-ci n'envisagent pas seulement l'oblitération de l'orifice ombilical, mais la fermeture de toute la paroi abdominale. L'opération a produit une éventration, il faut réunir les bords cruentés, telle est l'idée qui domine ces procédés.

Lucas Championnière fut le premier à préconiser cette méthode (1) : « Je fais une suture spéciale, dit-il, et d'autres penseront comme moi, sans doute, qu'il y

(1) *Journal de médecine et chirurgie*, 1875.

a lieu d'appliquer après cette opération une suture analogue à celle que l'on préconise pour toutes les plaies de l'abdomen, et surtout pour les plaies d'ovariotomie. Je comprends dans une première suture les tissus profonds au niveau du point débridé; puis je fais une suture superficielle au-devant du sac. On a ainsi l'avantage de fermer hermétiquement l'abdomen. »

Tillaux (1877), dans une hernie ombilicale étranglée, fit après la kélotomie la suture en masse de la paroi, comprenant à la fois péritoine, aponévrose, peau. Les points béants de la lèvre cutanée furent réunis par des sutures superficielles.

Terrier (1) déclare traiter ainsi les hernies ombilicales et épigastriques. Routier (2) a pratiqué cinq fois ce procédé. Lucas Championnière (3), dans ses premières opérations, faisait la suture de la plaie à deux étages; dans les dernières, il a employé la suture à triple étage. Il insiste en outre sur la nécessité, comme dans toute hernie, de détruire l'infundibulum péritonéal; il ferme le sac par des ligatures en chaîne, après avoir exercé des tractions sur son collet, afin d'effacer toute dépression.

Berger (4), en 1888, propose d'inciser une petite portion sus et sous-ombilicale de la ligne blanche pour faciliter le rapprochement des bords de l'anneau.

Nous voyons qu'on tend de plus en plus à assimi-

(1) Congrès de chirurgie, 1886.

(2) BARRIER. Thèse de Paris, 1890.

(3) *Cure radicale des hernies*, 1892.

(4) *Revue des sciences médicales*, 15 octobre 1888.

ler la plaie opératoire à celle d'une simple laparatomie, et on suture de même, un seul plan au début, puis deux, et enfin trois.

Tels sont les principaux procédés de cure radicale. Assurent-ils la guérison définitive ?

III. — APPRÉCIATION.

Un procédé chirurgical se juge par ses résultats. Nous aurions voulu établir une statistique montrant la fréquence de la récurrence dans chaque méthode, comparer et juger ; nous n'avons pu satisfaire notre désir ; nous avons trouvé des cas assez nombreux de cure radicale, mais tous publiés peu de jours après l'opération, ou bien le malade n'a pas été revu.

Dans les tableaux de la thèse de Segond (1), nous trouvons sept observations de hernies ombilicales ou adombilicales traitées par la suture de l'anneau ; 4 malades ont été revus au bout de quelque temps ; on constatait chez l'un d'eux 1 récurrence après quatre mois.

Des 12 malades chez lesquels la cure radicale a été faite après la kélotomie, 4 seulement ont été revus, dont deux avec hernie récidivée, l'une après trente jours, l'autre au bout de quatre mois.

Des opérés par les procédés d'éventration, ceux de Lucas Championnière seuls ont été suivis. Sur les

(1) Thèse d'agrégation, 1883.

12 cas, rapportés dans ses tableaux statistiques, nous trouvons 2 récidives : l'une après un an, l'autre après deux ans, et 1 tendance à la récidive après huit mois.

Avec des chiffres aussi faibles, il n'est pas possible d'établir de comparaison entre les deux méthodes. On arriverait à une même proportion de récidives, soit 25 %; mais nous ferons remarquer que les malades de Lucas Championnière ont été revus à une époque beaucoup plus éloignée que ceux dont parle Segond. Qui sait si la guérison s'était maintenue chez ces derniers un ou deux ans plus tard ?

Dans les causes de la récidive, la profession du malade doit jouer un grand rôle; il est certain que les opérés exerçant une profession pénible seront plus exposés à voir leur hernie reparaître que ceux dont l'aisance ne commande aucun travail.

Nous ne pouvons tirer qu'une conclusion, la récidive paraît assez fréquente.

M. le professeur Gangolphe a bien voulu nous communiquer quatre observations de hernie ombilicale étranglée où la kélotomie a été suivie de cure radicale. Les trois premiers opérés ont guéri et ont été revus, le quatrième est mort. Voici le résumé succinct des trois premières observations, nous ne publions pas la dernière, puisque nous envisageons les résultats éloignés de l'opération.

OBSERVATION I.

Femme de 50 ans. Omphalocèle du volume des deux poings, étranglée depuis deux jours. Incision cutanée en ellipse. Ouverture du sac. Débridement de l'anneau à sa partie supérieure. Réduction facile. Résection du sac. La plaie est fermée par sutures profondes au catgut, comprenant péritoine et bords fibreux et sutures cutanées en fils métalliques. — Guérison.

Revue six mois après. Pas de récurrence.

OBSERVATION II.

Femme obèse, avec grosse hernie ombilicale du volume d'une tête de fœtus, étranglée depuis trois jours. État général très grave. Opération immédiate à peu près sans anesthésie. Ouverture du sac. Débridement en haut. Réduction. On s'aperçoit que le pouls radial manque des deux côtés ; on croit à un état syncopal. Fermeture immédiate de l'abdomen avec fils métalliques ne comprenant que la peau et le tissu adipeux. Pouls ne reparait pas. Le cœur bat cependant. On constate une double anomalie de la radiale. La plaie étant fermée, on fit le pansement, au grand regret de M. Gangolphe, qui n'avait pas suturé les portions fibreuses, et par suite n'avait pas fait la cure radicale. — Guérison assez rapide.

L'année suivante, on ramène cette femme avec une hernie récidivée et étranglée. Kélotomie. Cure radicale. Suture des bords de l'orifice et de la plaie de débridement. Surjet au catgut. Points métalliques profonds et superficiels assurent la fermeture du reste de la paroi. — Guérison. — Sort avec ceinture.

Revue près de deux ans après. Pas de récurrence.

OBSERVATION III.

Homme d'une cinquantaine d'années. Admis et soigné dans un service de médecine pour une cirrhose du foie avec ascite. Anneau ombilical distendu par liquide, s'est laissé franchir par une anse d'intestin grêle. Hernie petite et étranglée. Kélotomie. Petit débridement en haut et en bas. Résection. Surjet au catgut comprenant orifice fibreux et incisions de débridement. L'adaptation était si parfaite, que M. Gangolphe fit remarquer que la suture ne laissait plus passer une seule goutte de liquide. Peau et tissu cellulograisieux réunis par sutures superficielles au fil métallique. Le sujet était maigre.

Revu deux mois après. Cicatrice parfaite. Pas de tendance à la récurrence.

La deuxième opération est surtout intéressante, elle nous montre l'influence du mode de suture sur le résultat ultérieur.

IV. — CAUSES DE LA RÉCURRENCE.

Nous avons vu que la récurrence n'était pas rare. Pouvons-nous l'expliquer ?

Les conditions essentielles d'une cure radicale sont : *une bonne occlusion du trajet herniaire et la destruction de tout infundibulum*. Lucas Championnière a surtout insisté sur ce dernier point. La persistance d'un cul-de-sac de la séreuse est un appel à une nouvelle hernie ; c'est pour cela qu'il attire à lui le collet du sac et fait la suture péritonéale le plus haut possible.

Ces deux conditions se trouvent-elles réalisées par les procédés dont nous avons parlé ?

Les procédés herniaires semblent faire disparaître tout orifice de sortie. La suture de l'anneau semble devoir suffire et même être plus efficace que la suture de l'orifice inguinal ; car, dans ce dernier, il persiste un trajet après la réunion des piliers externes ; aussi fait-on une incision en haut, sur la paroi abdominale, de façon à pouvoir aller suturer les piliers internes. Dans l'omphalocèle, point de trajet, un simple orifice ; un rapprochement de ses bords semble devoir le faire disparaître.

Dans une hernie petite et récente où l'anneau est peu dilaté, peut-être pourra-t-on affronter les bords avivés avec l'espoir qu'ils se cicatriseront.

Mais dans une hernie ancienne, à l'orifice largement ouvert, en sera-t-il de même ? Il semble que, par suite de leur distension progressive, les bords de l'anneau doivent se trouver très amincis. C'est le contraire que l'on observe. Les frottements continuels dus à la rentrée et à l'issue des viscères déterminent un peu d'irritation ; sous l'influence de cette sorte d'attrition incessante, les bords s'indurent, s'épaississent, deviennent scléreux. Certains chirurgiens l'ont trouvé cartilagineux. Ce travail de sclérose est augmenté par le tissu adipeux profond qui se trouve refoulé et tassé au-devant de l'anneau. L'ouverture ombilicale apparaît comme une perte de substance de la paroi abdominale, limitée par un bourrelet fibreux. Peut-on espérer que le rapprochement de ces bords sera définitif ? Nous ne le croyons pas ; ils manquent

de cette vitalité, de cette plasticité nécessaire à la formation d'une bonne cicatrice.

Voilà pourquoi on fait l'avivement. Mais une simple excision du bord interne de l'anneau ne nous donne pas des tissus d'une bien plus grande vitalité.

Le dédoublement de l'anneau nous donnerait d'excellents résultats, si l'on avait deux surfaces cruentées, mais toujours, par la même raison, défaut de plasticité, il ne pourra y avoir accollement définitif.

Aux procédés d'éventration nous faisons le même reproche. Ils demandent à des bords indurés, lisses, de fournir une cicatrice résistante et inextensible.

La récidive assez fréquente nous montre que le but n'est pas toujours atteint.

L'infundibulum est-il détruit ?

Rappelons-nous que l'ombilic n'est qu'une de ces nombreuses ouvertures, qu'on trouve sur la ligne blanche, formées par l'entrecroisement des fibres aponévrotiques. Sa distension amènera non seulement une elongation des fibres qui le bordent, mais encore de toute la portion de la ligne blanche située au-dessus et au-dessous, surtout au-dessus, car la hernie se produit à la partie supérieure de l'anneau; dans la portion inférieure, le paquet cicatriciel formé par l'ouraque et les cordons ombilicaux s'oppose un peu à la distension de la partie sous-ombilicale.

Plus l'écartement des deux bords sera grand, et

plus les muscles droits seront rejetés latéralement, et par suite plus la ligne blanche sera *amincie* et perdra de sa résistance. Des éraillures pourront même se produire à ce niveau.

La suture de l'anneau ou le rapprochement des bords fibreux amèneront *un froncement* de la ligne blanche au-dessus et au-dessous, surtout au-dessus.

Les viscères auront une tendance à déplisser ce point, et il y aura une petite *dépression*. Cette fossette se creusera de plus en plus, l'anneau sera tirailé et pourra se disjoindre. S'il résiste, la ligne blanche amincie, affaiblie, finira par s'érailler. Qu'arrive-t-il alors ?

Un petit peloton de graisse sous-péritonéale viendra d'abord obturer cette éraillure. Nous savons le rôle du tissu adipeux sous-péritonéal dans la pathogénie des hernies de la ligne blanche. Ces pelotons graisseux, après avoir bouché ces petits orifices finissent par passer en deçà de l'aponévrose, et attirent à eux la portion du péritoine sur laquelle ils sont implantés par un petit pédicule vasculaire. Dès, lors se trouve formé un infundibulum, une nouvelle hernie très apparente.

Ainsi se produisent les hernies para-ombilicales de Gosselin. On cite même des cas où on a trouvé à la fois une hernie ombilicale et une ou plusieurs hernies para-ombilicales sur le même sujet (1). Marc Sée (2), parle d'une volumineuse tumeur adombili-

(1) Jules SIMON. Société anatomique, 1886.

(2) Marc SÉE. Société anatomique, 1851.

cale formée par trois hernies, ayant chacune un sac isolé.

La hernie pourra donc se reproduire soit par l'anneau, soit par un point voisin sur la ligne blanche. Dans ce dernier cas, l'opération n'aura abouti qu'à *déplacer le siège* de la hernie. Nous n'avons pas trouvé signalé ce genre de récurrence, mais l'anatomie pathologique nous laisse supposer qu'elle est possible, la coexistence de plusieurs hernies adombilicales nous en donne la conviction.

Nous nous souvenons avoir entendu dire à M. le professeur agrégé Chandelux, qu'on pourrait profiter de cette disposition en gouttière que forme la ligne blanche, pour accoler par une suture ses deux faces péritonéales, et lui faire former en avant une sorte de crête, qu'on pourrait rabattre et suturer avec la gaine d'un des droits. Toute dépression serait ainsi détruite et la ligne blanche renforcée. L'idée est très ingénieuse, nous ne savons pas qu'elle ait reçu d'exécution.

En résumé, les procédés classiques laissent persister au-dessus de l'anneau une petite dépression « *amorce* » (1) à une nouvelle hernie, ils demandent à des bords peu plastiques une occlusion définitive du trajet herniaire.

Pour détruire tout infundibulum, et avoir une bonne cicatrice pouvant s'opposer à l'issue des viscères, il faudrait enlever cette portion de la paroi.

(1) Nous empruntons cette expression à M. le professeur Poncet. (Cours de la Faculté sur les hernies, 1891.)

CHAPITRE III

De l'omphalectomie.

Au nombre des procédés d'éventration, nous aurions pu ajouter le procédé qui consiste à réséquer l'anneau ombilical (*omphalectomie*), nous ne l'avons pas fait, c'est à dessein, car ce procédé était peu connu avant la publication de M. le professeur agrégé Condamin (1), et nous voulons l'étudier plus particulièrement.

Dans de simples laparotomies, on fait quelquefois la résection de l'anneau ombilical, mais dans la cure radicale de l'omphalocèle, on l'a rarement pratiquée. Nous n'avons pu en réunir que cinq cas.

Elle a été faite pour la première fois en 1866 par Storer (2) chez un malade ascitique porteur d'une hernie ombilicale étranglée. Le malade mourut.

(1) *Archives provinciales de chirurgie. Omphalectomie*, par R. CONDA-MIN (septembre 1892).

(2) *Record medical*, 1866.

En 1888, Keen (1) publie une observation de hernie ombilicale où l'anneau très dilaté, épaissi et rigide, fut enlevé pour faciliter la fermeture de la paroi abdominale. Le malade succomba à une péritonite le surlendemain de l'opération.

Ces deux tentatives furent donc malheureuses. L'exemple ne fut pas suivi, et on fit le silence complet sur ce procédé.

En 1891, dans une réunion de gynécologistes américains, le D^r Marcy fait part d'un nouveau traitement, qui lui est personnel, et qui assure, dit-il, la guérison définitive de la hernie ombilicale, et il propose la résection de l'anneau (2).

Enfin, au mois de septembre 1892, M. le professeur agrégé Condamin publiait un travail : *De l'Omphalectomie et de la suture à trois étages*, où il préconise l'ablation de l'ombilic.

Telle est, rapidement esquissée, la bibliographie ; entrons dans plus de détails.

Les chirurgiens qui ont enlevé l'anneau ne l'ont pas tous fait dans le même but. Keen l'a réséqué surtout dans l'intention de mieux affronter les lèvres de la plaie. C'est ce qui découle de son observation.

Hernie ombilicale étranglée. — Omphalectomie, par KEEN.
New Medical, 1888.

Femme de 52 ans. Depuis dix-huit ans, grosse hernie ombilicale qui, le 21 janvier 1888, sans cause appréciable, devint douloureuse et irréductible. Opérée le lendemain.

(1) *New Medical*, 1888.

(2) *The Lancet*, 1891.

L'incision du sac met à nu une masse d'épiploon saine, mais partout adhérente au pourtour de l'anneau, qui est assez large pour admettre le pouce, et étrangle une petite anse intestinale. Réduction facile; mais *l'orifice ombilical était tellement profond, ses bords tellement épaissis et rigides, qu'on ne pouvait songer à les suturer.* Incision longue de 6 pouces circonscrivant l'ombilic. Après ligature et résection d'épiploon, l'abdomen est fermé par quatre rangées de sutures, péritoine, couche fibro-graisseuse, peau. Malade mourut le lendemain de péritonite.

Les autres chirurgiens qui proposent d'enlever l'anneau ombilical poursuivent un autre but : *obtenir une réunion plus solide de la paroi en s'adressant à des tissus doués d'une plus grande vitalité.*

Tandis que Keen a trouvé l'anneau induré et rigide, Marcy dit qu'il est aminci et pas résistant, et il conseille d'inciser la paroi abdominale à un *demi-pouce* du bord interne de l'orifice et sur tout son pourtour. « On aura ainsi une plus grande profondeur de tissus, doués de plus de vitalité et plus propres à s'unir. » Pas d'observations.

On ne peut refuser à ce procédé l'avantage d'un large avivement; mais il a l'inconvénient de beaucoup agrandir la perte de substance, et après la réunion des deux lèvres, de laisser persister une forte dépression sur la ligne blanche.

M. le professeur agrégé Chandelux a opéré, il y a dix-huit mois, une hernie ombilicale étranglée; il a fait la cure radicale et a enlevé l'ombilic. Voici comment il propose cette réduction : Immédiatement en dedans de la gaine des muscles droits, on fait deux incisions latérales qui viennent se rejoindre sur la ligne médiane au-dessus et au-dessous de l'anneau,

mais à une plus grande distance de ses bords que sur les parties latérales. On a ainsi une *incision losangique* ou plutôt *elliptique*, comprenant l'anneau et une portion sus et sous-ombilicale de la ligne blanche.

Nous voyons les avantages de ce procédé sur celui de Marcy. La perte de substance est bien moins grande, on a un orifice ovalaire ou fusiforme dont les bords s'accoleront plus facilement que ceux d'un orifice circulaire. De plus, les dépressions sus et sous-ombilicales disparaissent.

M. le D^r Gouilloud assimile la hernie ombilicale à une éventration. « Il nous avait semblé que la cure radicale d'une éventration devait se rapprocher de la cure radicale des hernies, et l'une et l'autre présenter les mêmes temps opératoires; la section des téguments, l'isolement et la résection du sac, la fermeture des diverses couches abdominales...

« La distension antérieure de la cicatrice ombilicale, fréquente spécialement en cas d'ascite, coïncidant avec une tumeur, nécessitera simplement la résection de cette hernie. La région ombilicale, à cause de la minceur et de l'adhérence des diverses couches, et par suite de leur suture, doit être largement contournée (1). »

M. le professeur agrégé Condamin (2) propose de réséquer l'ombilic, et d'ouvrir en même temps la

(1) GUILLOUD. « De l'éventration opératoire. Prophylaxie et cure radicale. » *Lyon médical*, 1892.

(2) CONDAMIN. « De l'omphalectomie dans la cure radicale des hernies ombilicales. » *Lyon médical* (octobre 1892).

gaine des muscles droits; incision losangique et remontant d'autant plus haut sur la ligne blanche, que le diamètre transversal est plus grand.

Keen a ainsi opéré; les observations de M. le professeur Jeannel et de M. Gouilloud sont une application de cette méthode.

Donc, deux procédés d'ablation de l'ombilic :

Omphalectomie proprement dite (Chandelux). —

Résection de l'anneau sans intéresser la loge musculaire des droits.

Omphalectomie avec ouverture des gaines. (Storer, Keen, Gouilloud, Condamin, Jeannel).

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Chandelux.)

Hernie ombilicale volumineuse avec phénomènes de pseudo-étranglement à répétition. — Cure radicale. — Guérison.

Maria B..., 38 ans, ménagère, Saint-Bonnet (Saône-et-Loire), entrée le 3 avril 1891.

Cette malade, obèse, chez laquelle on ne note rien dans les antécédents héréditaires ou personnels, entre à l'Hôtel-Dieu pour une hernie ombilicale datant de huit ans.

Elle a eu sept enfants, dont deux seulement survivent, les autres sont morts d'affections indéterminées et en bas âge; trois fausses couches.

Santé habituellement très bonne jusqu'au moment de l'apparition de la hernie. Celle-ci s'est produite brusquement à la suite d'une journée de fatigue excessive, sans étranglement au début. Depuis ce moment, la malade a porté un bandage, mais d'une façon irrégulière, bandage qui pendant

assez longtemps maintint bien la hernie. Mais peu à peu, elle cessa de l'être et la malade était sujette alors à des phénomènes péritonéaux, analogues aux phénomènes de l'étranglement, et qui duraient plusieurs jours. La tumeur cessait alors d'être réductible, puis survenaient des coliques, des nausées, des vomissements, du météorisme coïncidant avec une constipation absolue. Puis sous l'influence du repos au lit, tous ces phénomènes disparaissaient et la tumeur, de nouveau, devenait réductible.

Ces retours périodiques d'irréductibilité et de phénomènes de pseudo-étranglement devinrent de plus en plus fréquents, et dans ces derniers temps, la malade était pour ainsi dire condamnée à l'inaction et obligée de rester au lit. Aussi se décide-t-elle à réclamer une intervention chirurgicale.

Au moment de l'entrée, la tumeur est partiellement réductible et forme sur la paroi abdominale une saillie du volume du poing. Celle-ci, recouverte d'une énorme couche adipeuse, est flasque, parsemée de vergetures, et s'étale quand la malade est dans le décubitus dorsal. Aucune douleur à la pression. A la palpation, on sent une tumeur saillante, surtout en bas et à gauche. Son pédicule se continue avec l'anneau ombilical. En exerçant sur elle des pressions soutenues, on arrive à en réduire une petite partie, sans gargouillement, mais les trois quarts environ sont absolument irréductibles. Matité à la percussion.

Constipation habituelle. Perte de l'appétit depuis six semaines environ. Rien d'anormal aux poumons, ni au cœur. Pas d'albuminurie. Pas d'ascite. Aucun œdème des membres inférieurs.

4 avril 1891. — Opération. Anesthésie à l'éther. Incision de 15 centimètres sur la ligne médiane. Dissection de la peau, puis libération de la tumeur jusqu'au plan aponévrotique. A l'ouverture du sac, on découvre une grosse masse épiploïque, pelotonnée et condensée, adhérente à l'anneau, surtout au niveau de sa partie inférieure. Dissection des adhérences, de façon à pouvoir exercer des tractions sur la tumeur épiploïque. En agissant ainsi, on voit que le côlon transverse, situé immédiatement derrière l'anneau ombilical, s'engage facilement dans la partie supérieure de celui-ci, et cette disposition anatomique explique facilement les

phénomènes de pseudo-étranglement à répétition dont souffrait la malade, puisqu'il suffisait certainement d'un léger effort pour faire pénétrer dans le sac herniaire une portion du côlon. Le pédicule herniaire épiploïque est subdivisé en cinq petits pédicules secondaires à l'aide de catgut n° 3, puis toute la portion qui formait la hernie est excisée. La partie restée adhérente au côlon rentre alors d'elle-même dans la cavité abdominale. Excision complète de l'anneau ombilical, qui est circonscrit par une incision elliptique à grand axe vertical. La gaine du muscle droit antérieur gauche est ouverte; à droite, au contraire, la section porte en plein tissu fibreux, et l'on n'aperçoit pas le muscle. Hémorrhagie insignifiante. Suture en surjet de l'aponévrose à l'aide du catgut chromique, puis suture de la peau de la même façon. Un petit drain est placé à l'angle inférieur de la plaie. Pansement rigoureusement antiseptique; potion avec extrait thébaïque : 0 gr. 10.

5 avril. — La température d'hier et celle de ce matin atteint 38°5. La malade se plaint d'un peu d'oppression. Langue humide. Pas de douleur.

6 avril. — Même état.

7 avril, soir. — Après une journée d'agitation et quelques légers frissons, la malade a été prise brusquement de lipothymie : facies pâle, pouls très rapide, petit, presque imperceptible. Un peu de douleur au niveau de la plaie. Nausées pénibles; un petit vomissement bilieux; langue sèche; ni météorisme, ni douleur à la pression sur le ventre. La température atteint 39°3. Deux injections d'éther. Faire toutes les 3 heures une injection hypodermique de 0 gr. 25 de caféine.

8 avril. — Nuit assez bonne. Le matin, la malade est plus calme. Pouls toujours petit, un peu rapide. Pas de vomissements, mais persistance des nausées.

On enlève le pansement. Un peu de sérosité rousseâtre s'échappe du drain par les pressions. Ventre souple, non douloureux. Langue humide. Un nouveau pansement est simplement maintenu par un bandage de corps.

10 avril. — Bon état général. La température oscille entre 38° et 38°4. Un peu de rougeur érysipélateuse autour de la plaie.

16 avril. — La malade se trouve bien et a repris de l'appétit. La température est normale.

21 avril. — Ouverture d'un petit abcès sous-cutané au niveau de la ligne d'incision de la peau. Apyrexie; bon état général.

8 mai. — Les suites ont été des plus simples. L'abcès s'est rapidement cicatrisé. La malade quitte l'hôpital, portant une ceinture hypogastrique avec plaque en peau chamoisée pour soutenir la cicatrice.

15 juin. — Quelques jours après être rentrée chez elle, la malade a eu un nouvel abcès sous-cutané, qui s'est rapidement cicatrisé. Six mois après, la guérison se maintenait parfaite.

OBSERVATION II

Kyste de l'ovaire. — Hernie ombilicale. — Ovariectomie et cure radicale.
Par le Dr GUILLOU (1).

D... E., 44 ans, religieuse, malade robuste, un peu obèse, ayant séjourné autrefois en Afrique, où elle a eu les fièvres. Hernie ombilicale facilement réductible depuis environ quatre ou cinq ans. Depuis deux ans, augmentation du volume du ventre. Dysurie, envies fréquentes d'uriner; troubles digestifs. La palpation, difficile à cause de l'épaisseur de la paroi, permet cependant de constater une poche fluctuante, remontant à peu près jusqu'à l'ombilic. On diagnostique un kyste de l'ovaire.

Opération. — Ovariectomie le 6 juillet 1892. Incision sur la ligne médiane, remontant assez haut pour circonscrire l'ombilic, dont on enlève l'anneau, et permettant de faire une cure radicale. Légère quantité d'ascite.

Ponction du kyste avec le gros trocart. Écoulement d'un liquide noir, marc de café.

La poche vidée est attirée facilement. Elle ne présente

(1) Extraite des *Archives provinciales de chirurgie* (septembre 1892).
CONDAMIN.

pas d'adhérences. Pédicule court. On est obligé de décortiquer la partie inférieure de la poche pour former un pédicule. Suture superficielle du pédicule après double ligature à sa base. Réunion de la paroi par suture isolée des diverses couches.

L'orifice herniaire ombilical est fermé par la suture à trois étages, car on s'était porté en dehors de l'anneau ombilical, dans le but de trouver nettement, pour les suturer, les deux droits et leurs gaines.

Les suites opératoires ont été des plus simples, et la contention de la hernie ombilicale paraît parfaite.

OBSERVATION III (inérite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur JEANNEL.)

Hernie ombilicale avec obstruction dans le sac.

Femme de 55 ans. Hernie ombilicale de la grosseur d'une tête d'enfant de 2 ans. Depuis deux jours, douleurs et augmentation du volume... Hier soir, 25 octobre 1892, vomissement fécaloïdes. Un médecin essaye du taxis, il obtient une réduction très incomplète, la tumeur ballonnée contient de vieilles cybales.

La malade entre le lendemain à l'hôpital à 5 heures du soir. Kélotomie immédiate. Incision cutanée circonscrivant une ellipse de peau et le nombril, qui est dépassé en haut et en bas de plusieurs centimètres. On arrive facilement sur l'orifice ombilical grand comme une pièce de 5 fr.

Au-dessous de l'anneau et sur la ligne blanche, courtelaparotomie de 3 centimètres, débridement de l'anneau péritonéal du même coup. Pas trace d'étranglement sur l'intestin qui apparaît. Essai de réduction en tirant sur le pédicule intestinal, impossible de réduire.

Large ouverture du sac. Il contient de l'épiploon, les côlons transverse et ascendant, plus l'appendice. Nombreuses adhérences épiploïques et intestinales. Des brides multiples traversent le sac. L'intestin distendu n'est pas très congestionné, il contient des gaz et des cybales; il se contracte;

il est coudé sur les brides qui l'étranglent et causent l'obstruction.

Les adhérences épiploïques sont détruites, les brides sont déchirées. On essaye de réintégrer l'intestin. La réduction est difficile. L'anneau est élargi par une incision médiane de 3 centimètres faite en bas. Réduction complète et facile du gros intestin. L'épiploon est maintenu en dehors et réséqué. Le sac est excisé au ras de l'orifice. L'anneau est alors réséqué, la gaine des muscles droits est ouverte latéralement, au-dessus et au-dessous on enlève les bords flottants de la ligne blanche. On a ainsi un orifice musculo-aponévrotique elliptique.

Après toilette de la plaie, fermeture. Les deux bords étant assez écartés, on tire sur les deux extrémités en haut et en bas, de façon à les rapprocher. On commence la suture en surjet du péritoine, il se déchire. Les lèvres péritonéales et musculaires sont alors saisies dans le même surjet, comprenant aussi les gaines aponévrotiques. Les fils de soie sont enfoncés à une certaine distance du bord libre de la plaie, afin de mieux assurer le rapprochement des deux lèvres. Le ventre est ainsi fermé, non sans avoir exercé de fortes tractions sur les fils. Sutures cutanées. (Donc, deux plans de sutures.) Pansement.

Le lendemain 27 octobre, état des plus satisfaisants.

30 octobre. — Malade a congestion pulmonaire. État abdominal excellent.

3 novembre. — Les symptômes pulmonaires ont disparu, ablation des sutures cutanées. La réunion est parfaite, pas de douleur à la pression.

CRITIQUE.

Après avoir lu ces observations, ce qui frappe le plus, c'est l'assimilation de la plaie opératoire à une simple plaie de laparotomie. Plus d'orifice arrondi,

plus d'anneau, une large brèche dans l'abdomen, et on suture comme dans une éventration.

Tillaux, Terrier, Routier, Berger, Lucas Championnière, Gangolphe, font bien la même fermeture, mais ils accolent les bords mêmes de l'orifice. Ici on les enlève. Quel peut être l'avantage?

La discussion des procédés classiques nous a montré qu'ils laissaient persister une petite dépression sus et sous-ombilicale sur la ligne blanche amincie, tirillée, pouvant être facilement forcée.

De plus, ils demandent une occlusion définitive à des tissus plus ou moins altérés dans leur vitalité. Ces deux inconvénients n'existent pas dans l'omphalectomie. La résection de l'anneau nous donne des tissus de plasticité et plus aptes à former une bonne cicatrice; l'incision elliptique détruit toute dépression sur la ligne blanche et enlève en même temps un point faible de la paroi par lequel la hernie menace de se reproduire.

Ce sont là, dira-t-on, des vues théoriques; nous voyons la guérison se maintenir chez certains malades de Lucas Championnière et Gangolphe, 6 mois, 1, 2 et 3 ans après l'opération. Ce sont là des preuves de l'efficacité de leur procédé. L'omphalectomie a-t-elle donné d'aussi beaux résultats?

Les observations que nous avons pu réunir sont relativement récentes; néanmoins, nous voyons que chez la malade opérée par M. Chandelux, l'état de la paroi était le même après six mois; chez les opérés de M. Jeannel et de M. Gouilloud, la cicatrice semblait parfaite.

La clinique ne récuse donc pas ce procédé. Si le temps n'a pas permis d'enregistrer des résultats plus probants, l'anatomie pathologique nous les fait espérer.

D'ailleurs, qu'est-ce que l'omphalectomie, sinon le procédé de Lucas Championnière et Berger modifié par un large avivement? Les avantages de cet avivement sont indéniables, car « l'ombilic, modifié qu'il est par le passage incessant de la hernie, a perdu sa disposition habituelle qui en faisait pour ainsi dire la clef de voûte de la paroi abdominale (1). »

Dès lors, puisque c'est le même procédé, heureusement modifié, nous sommes convaincu qu'il doit donner de meilleurs résultats.

Nous avons vu que M. Chandelux propose d'enlever seulement l'anneau sans ouvrir les gaines. MM. Condamin et Gouilloud ouvrent la loge musculaire.

Lequel de ces procédés est préférable?

Le bord interne de la gaine des droits, formé par la réunion des deux aponévroses, est rendu très résistant par l'entrecroisement des fibres tendineuses. Le premier procédé cherche à profiter de cette disposition et à obtenir, par le rapprochement des deux gaines, une puissante cicatrice. C'est en somme la *restauration de la ligne blanche*.

Dans le second procédé, on enlève cette portion de la gaine, mais en revanche, on a une plaie plus profonde et des tissus nullement altérés. Par une coaptation exacte, on pourra obtenir une triple cicatrice :

(1) CONDAMIN. *Loc. cit.*

celle de l'aponévrose postérieure, celle des deux muscles fusionnés, celle de l'aponévrose antérieure. Nous n'avons plus à vrai dire une ligne blanche, elle a été complètement enlevée ; nous avons à sa place un plan musculo-aponévrotique.

Nous voyons dans l'observation de M. Chandelux que la loge aponévrotique gauche a été ouverte involontairement. A ce point, les bords de l'anneau avaient été tassés et refoulés, si bien que cette partie de l'orifice semblait limitée par la gaine elle-même.

Ce fait nous prouve que dans les cas où l'anneau est très distendu, il est difficile de l'enlever sans intéresser la loge musculaire. Il faudra donc l'ouvrir toutes les fois que le pourtour de l'anneau se confondra avec elle, et c'est là le cas le plus fréquent.

On objectera que cette résection augmente encore la perte de substance et rend difficile la fermeture de l'abdomen. Dans l'observation III, nous voyons qu'il a fallu exercer de fortes tractions sur les fils pour pouvoir affronter les bords de la plaie. Mais il faut reconnaître que l'orifice était très grand (pièce de 5 fr.), et dans ces cas la réunion des bords de l'anneau est elle-même très pénible, car il est le plus souvent induré et comme scléreux ; aussi Berger propose-t-il de le fendre en haut et en bas. C'est parce qu'il empêchait le rapprochement des lèvres de la plaie que Keen a été amené à l'enlever. On voit donc que cette résection rend au contraire le rapprochement des bords plus facile.

Et la perte de substance qu'elle amène n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire. Le pourtour de

l'anneau distendu se confond avec la gaine ; l'enlever ne sera pas augmenter sensiblement le diamètre transversal de la plaie ; l'excision d'une partie de la ligne blanche en rendant la plaie elleptique facilite la fermeture. Aussi, plus le diamètre transversal de la plaie sera grand, plus long devra être son diamètre longitudinal.

Il y a là une proportion à établir si l'on veut bien accoler les bords.

M. Condamin a fait sur deux cadavres porteurs de hernie ombilicale l'opération telle qu'il la propose.

Voici le résumé de ses expériences :

EXPÉRIENCES D'AMPHITHÉÂTRE.

I

Vieillard de 75 ans. Anneau ombilical large, mais ne laissant pas passer continuellement ces viscères. Sujet un peu ballonné à cause des fortes chaleurs. Régidité cadavérique très marquée des muscles de la paroi abdominale.

Double incision semi-lunaire à droite et à gauche circonscrivant l'anneau ombilical dilaté ; l'incision commence à 4 centimètres au-dessus de l'anneau et s'arrête à 6 au-dessous de lui. Au niveau de l'ombilic, l'écartement des deux incisions a au moins 8 centimètres, et c'est à peine si avec ces dimensions transversales on arrive à intéresser la gaine des droits. L'ombilic étant enlevé, il faut encore réséquer une partie de la ligne blanche distendue pour arriver sur les bords internes des droits.

Péritoine un peu épaissi ; épiploon non adhérent ; anses intestinales fortement distendues, et l'on n'aurait pu qu'avec les plus grandes difficultés faire les sutures péritonéales et aponévrotiques sans l'artifice suivant : avec une aiguille de

Reverdin un peu longue, on passe à 4 centimètres des bords de l'incision un fil métallique résistant qui traverse obliquement toute la paroi, mais de telle sorte que la couche péritonéale n'est perforée qu'à 5 millimètres de son bord; on perfore les mêmes couches du côté opposé, mais en sens inverse, comme l'indique le schéma suivant :

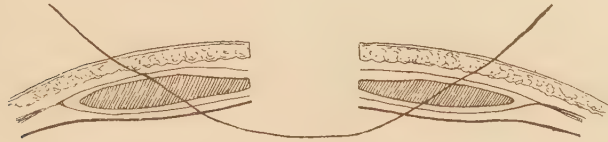


FIG. I. — Schéma représentant le passage des fils profonds pour assurer la réunion des divers plans.

Deux ou trois fils sont ainsi placés; on rapproche et l'on fixe, au moyen de crampons et de tubes de Galli, les parois qui viennent se mettre à peu près en contact, ce qui permet alors très facilement les sutures étagées, surjet péritonéal, surjet musculo-aponévrotique, suture cutanée à points séparés.

II

Femme de 47 ans. Anneau un peu dilaté laissant passer un sac herniaire, mais pas d'épiploon ni d'intestin.

Deux incisions courbes remontant à 4 centimètres au-dessus et descendant à 4 centimètres au-dessous. La perte de substance a un diamètre transversal maximum de 5 centimètres.

Excision des bords de la gaine des droits. Quoique les parois ne soient pas très tendues, on a un peu de peine à suturer le péritoine. Mais deux fils métalliques sont placés aux deux extrémités de la plaie, traversant toute l'épaisseur des parois. On tire sur eux; les deux lèvres de la plaie se rejoignent. La suture peut alors être pratiquée avec la plus

grande facilité. Trois étages, péritoine, muscles et aponévroses, peau.



FIG. II. — Fils permettant d'exercer une forte traction aux deux extrémités de la plaie dont les lèvres viennent s'adosser d'elles-mêmes. Surjet péritonéal à peu près achevé.

Dans la première observation, nous voyons qu'on peut rapprocher les deux lèvres malgré la distension extrême de l'intestin et la rigidité de la paroi; dans la seconde, une simple traction aux deux extrémités de la plaie permet l'accolement.

Chez le vivant, l'occlusion doit être encore plus facile, à cause du relâchement de la paroi et une moins grande distension de l'intestin, surtout dans les hernies réductibles. Dans les hernies volumineuses et étranglées, peut-être le rapprochement des bords est-il moins facile à cause du météorisme intestinal,

mais les artifices précédents aideront à surmonter cette petite difficulté.

L'expérimentation nous prouve donc que la fermeture de l'abdomen est aisée et même rendue plus facile par ce procédé, les observations cliniques viennent le confirmer.

Nous avons vu les avantages de l'omphalectomie, destruction de toute dépression, obtention de tissus sains et plastiques. On pouvait craindre que l'avivement ne fût trop grand et ne rendît difficile ou impossible la réunion des deux lèvres de la plaie. L'expérimentation et la clinique nous enlèvent cette crainte. Pour assurer le succès, il faut profiter des tissus pleins de vitalité qui forment la plaie, et faire une bonne suture de la paroi.

CHAPITRE IV

Conditions d'une bonne fermeture de l'abdomen après l'omphalectomie.

On peut considérer trois périodes à l'évolution d'une hernie dont on a fait la cure radicale.

La première est l'oblitération momentanée du trajet herniaire, au moyen des sutures. C'est la phase *d'oblitération mécanique*.

La deuxième commence dès que les sutures ont disparu. Du tissu connectif oblitère maintenant le trajet herniaire. Mais on ne peut espérer de ce tissu néo-formé une solidité telle, qu'il s'opposera définitivement à l'issue des viscères. Cette nouvelle cicatrice peut se distendre dans un temps plus ou moins long, suivant sa résistance. C'est la phase *d'oblitération temporaire* à laquelle correspond la guérison temporaire de la hernie.

La troisième période est celle où la cicatrice s'est complètement organisée et est assez puissante pour

contenir les viscères. La porte herniaire est désormais fermée, *l'oblitération définitive*. La cure radicale est obtenue.

Ces trois phases découlent naturellement l'une de l'autre ; la première est indispensable aux deux autres. Si on n'a pas affronté parfaitement les deux bords de la plaie, s'il reste un petit intervalle entre eux, la cicatrice aura une plus grande surface et plus forte sera la pression exercée sur elle par les viscères, il y a bien des chances pour qu'à la longue elle finisse par céder ; la guérison sera temporaire. Si, au contraire, les deux lèvres ont été parfaitement accolées, il se fera un tissu cicatriciel linéaire. Il n'y aura plus de surface contre laquelle viendront buter les viscères. Cette cicatrice sera de plus formée par du tissu connectif très dense, très serré, pouvant mieux résister aux tractions latérales des muscles transverses. La guérison pourra être définitive.

La grande difficulté est d'assurer cette cicatrice inextensible. Nous allons nous demander comment on peut l'obtenir dans la hernie ombilicale de l'adulte.

Si l'on fait une suture en masse de toute la paroi, il n'y a pas accolement intime des bords dans toute leur surface ; les portions superficielles et profondes sont seules réunies, c'est en ces points que s'exerce surtout la pression des fils ; au milieu, l'adossement est moins intime. Pendant les heures qui suivent l'opération, la sérosité s'épanche dans cet espace virtuel et le transforme en une vraie cavité.

Que devient le tissu de cicatrice dans ces cas? Son évolution est la même que celle d'un cal osseux. D'abord exubérant, il diminue ensuite, se densifie, se rétracte progressivement. Mais les parois abdominales, qui subissent toujours une distension de dedans en dehors, ne pourront le suivre dans cette rétraction, et elles s'écarteront de nouveau. L'éventration est donc imminente.

Si au contraire, on fait plusieurs plans de suture, les lèvres de la plaie seront accolées dans toute leur surface, il n'y aura plus de cavité, on obtiendra une réunion par première intention. Les deux bords intimement réunis auront moins de tendance à se séparer. Suffit-il de multiplier les sutures?

Non, il faut qu'elles portent surtout sur les points qui ont le plus de tendance à la disjonction. Et dans une plaie de la région médiane de l'abdomen, ce sont les bords de la ligne blanche et des aponévroses qui tendent le plus à se désunir.

Ce serait une erreur de croire que la ligne blanche résulte du simple accollement, de la fusion des deux bords internes des gaines des droits. S'il en était ainsi, après l'avoir incisée, les droits, par leur contraction, devraient maintenir les lèvres rapprochées et tendre à combler la solution de continuité. Or, après la section, nous voyons la plaie s'entr'ouvrir; ce n'est pas seulement sous la pression des viscères, il y a un facteur plus important: la contraction des muscles transverses et obliques. En effet, la ligne blanche est le point d'entrecroisement des fibres tendineuses de ces muscles, et leur *point d'insertion*. Si

on la sectionne, il arrivera ce qui se passe dans un muscle dont on a coupé le tendon, les parois s'écarteront comme les deux battants d'une porte.

C'est là un fait observé par tous les chirurgiens et bien mis en évidence par Gill Wylie: « La nécessité de rapprocher les bords du péritoine semble généralement reconnue, mais la plupart des opérateurs méconnaissent entièrement que le fait de l'épais fascia qui sépare et réunit les muscles droits, qui forme leur gaine et constitue la ligne blanche, est en réalité le *tendon des muscles abdominaux à direction transversale*; que c'est ce fascia et non les muscles droits qui donnent aux parois abdominales leur résistance dans le sens transversal. Les muscles droits sont longitudinaux et très facilement déviés au dehors par toute force agissant transversalement et tendant à les séparer (1). »

Dans son mémoire sur l'éventration, M. Gouilloud a fait ressortir l'importance de la réunion de la couche aponévrotique pour prévenir le relâchement de la paroi. « Le trajet d'un drain qui a empêché la réunion d'un point de la ligne blanche peut devenir le trajet d'une hernie. Nous l'avons vu d'une façon frappante chez notre opérée par la section césarienne, tandis que la plaie suturée à triple étage au catgut est solide, malgré l'excessive distension du ventre porté en besace pendant les derniers mois de la grossesse; au seul point où la réunion a été gênée par un drain,

(1) GILL WYLIE. « Ventral hernia caused by laparotomie. » (*Amer. S. of obstetrics*, 1887.)

existait déjà six mois après l'opération une volumineuse hernie. »

C'est là un exemple frappant des conséquences du défaut de réunion de la couche aponévrotique.

M. Gouilloud cite quatre cas d'éventration post-opératoire où la cure radicale a été faite par l'ouverture des gaines et leur suture isolée, la guérison se maintient depuis une et deux années.

Richelot (1) dit que depuis plus de deux ans qu'il pratique la suture à étages dans toutes les laparotomies, il n'a pas observé le moindre cas d'éventration.

L'omphalectomie nous donne la même plaie qu'une laparotomie. Il faudra donc, après la résection de l'anneau ombilical, faire la fermeture du ventre comme dans une laparotomie et *assurer la réunion des plans aponévrotiques*.

Théoriquement, il faudrait faire la suture isolée de chacune des aponévroses et des muscles, mais on peut obtenir une bonne réunion de ces trois parties en les prenant dans une ligature en masse.

Maydl (2) fait une suture isolée de l'aponévrose postérieure et prend dans une autre suture le muscle et l'aponévrose antérieure.

Nous aurons ainsi le droit d'attendre de l'omphalectomie les mêmes résultats qu'après la laparotomie, puisque les conditions sont les mêmes. Mais pour ne pas compromettre la réunion de la couche aponévrotique, il faut une bonne réunion cutanée.

(1) Société de chirurgie, 1891.

(2) *Wiener Medic. Press*, n° 40, 1886.

La peau de la hernie ombilicale est le plus souvent altérée à cause de la distension qu'elle a subie et des frottements extérieurs (ceintures, bandages) auxquels on la soumet.

Aussi, qu'arrive-t-il après l'opération, quand on a fait la suture de pareils lambeaux ? La plupart du temps, un peu de sphacèle se produit au niveau de la plaie cutanée et amène un peu de suppuration. C'est là un fait noté par beaucoup de chirurgiens.

Terrier (1) parlant de trois opérées, dit : « Sauf dans le troisième cas, la réunion a manqué presque totalement, ce qui tient au peu de vitalité des tissus et surtout au mode de pansement utilisé ; dans le troisième cas, cette réunion parut se bien faire pendant les 48 heures et réussit même dans une assez grande étendue. Mais il survint un accident qui semble assez fréquent dans ces opérations et qui résulte très certainement de la mince épaisseur et du peu de vascularité des parties sectionnées. »

Polaillon (2) de même : « La peau amincie qui forme le sac de la hernie ombilicale a de la tendance à se sphaceler consécutivement à l'opération. Dans deux de mes opérations ce sphacèle a eu lieu. »

Nous devons chercher à éviter cette suppuration, de crainte qu'elle n'envahisse les parties profondes ; celles-ci sont le plus souvent déjà réunies et le malade ne court aucun danger ; néanmoins, nous devons chercher à pallier à cet inconvénient, et on le peut en réséquant ces portions, le plus souvent enflammées

(1 et 2) Société de chirurgie, 1891.

et d'ailleurs exubérantes. Il faudra donc enlever le plus possible de peau.

Si on garde un lambeau trop grand, on aura entre la suture cutanée et le plan aponévrotique une sorte de cavité où s'accumulera la sérosité. Cet exsudat amènera la tension des sutures, de la douleur et peut-être même un abcès. Aussi, croyons-nous qu'il est bon de ne garder de la peau que ce qu'il faut pour faire l'affrontement ; mieux vaut un bon nécessaire qu'un mauvais superflu.

Cette résection de la peau s'impose après la résection de l'anneau ; elle est le complément de l'opération. Après avoir enlevé une portion fibreuse de la paroi, il faut enlever les parties molles sus-jacentes, afin d'obtenir une plaie à l'emporte-pièce. On aura ainsi de larges bords à surface plane, qui pourront s'accoler très intimement. Avec de bons fils pour maintenir en contact les surfaces correspondantes, ce qu'assure seule la suture à étages, on est en droit d'espérer une cicatrice linéaire, profonde et résistante.

Quels fils doit-on employer ? Pour les sutures perdues, il faut se servir de la soie ou du catgut. Nous donnons la préférence au catgut chromique sur le catgut phéniqué, parce qu'il se résorbe plus lentement et prolonge ainsi la phase d'oblitération mécanique pendant laquelle se fait le travail de cicatrisation. Lequel vaut mieux du catgut ou de la soie ? Peu importe, pourvu que le fil soit aseptique.

Pour les sutures cutanées, on emploie toujours à Lyon les fils de fer recuit galvanisé.

En résumé, la résection de l'anneau ombilical ramène la plaie à une plaie de laparotomie ; or, après celle-ci la suture à étages prévient l'éventration ; après l'omphalectomie, il faudra de même suturer séparément les divers plans de la paroi abdominale, afin d'assurer la réunion parfaite des couches aponévrotiques, indispensable pour prévenir la récurrence.

CHAPITRE V

Manuel opératoire. — Des soins consécutifs.

Guidé par les réflexions que nous a suggérées cette critique des traitements de la hernie ombilicale, nous allons faire un exposé du manuel opératoire, sans nous attarder aux soins préliminaires de l'opération.

Le manuel opératoire comprend cinq temps :

- 1° Incision de la peau et du tissu cellulaire ;
- 2° Ouverture du sac ;
- 3° Réduction des viscères ;
- 4° Avivement ;
- 5° Fermeture de la paroi.

I. INCISION DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE. — *Ellipse circonscrivant le nombril.* — Dans les observations que nous avons parcourues, nous avons vu employer toutes les formes d'incision : verticale, courbe, en T, en Y, en +.

Rappelons-nous l'aspect de la hernie, tantôt pendante, à peau amincie et adhérente au sac, tantôt étalée dans la paroi graisseuse et poussant des diverticules dans tous les sens, comme une sorte de poulpe marin. L'incision médiane, dans la première forme, expose à l'ouverture du sac et à la blessure de l'intestin; l'incision latérale, portant sur des tissus plus épais, évite ce danger; l'incision elliptique joindra à cet avantage celui d'un dégagement plus facile du sac, surtout dans les hernies diverticulées. On le libérera avec l'index, dilacérant le tissu cellulaire, comme si on voulait décortiquer une tumeur. C'est le procédé employé par Daniel Molière: « Quand on opère, dit le chirurgien lyonnais, une hernie ombilicale étranglée, *il faut enlever le nombril*. En agissant ainsi, on peut sans aucune difficulté isoler la tumeur en circonscrivant l'ombilic par deux incisions elliptiques longitudinales. Ainsi débarrassé de l'adhérence cutanée du nombril, vous pourrez énucléer votre hernie ombilicale comme la plus vulgaire hernie marronnée de l'aine. »

L'incision elliptique donne plus de sécurité, elle permet de libérer plus vite le sac; elle est l'incision de choix.

II. OUVERTURE DU SAC. — La hernie une fois isolée, il faut ouvrir le sac. On recommande de l'ouvrir généralement à sa partie supérieure, à une petite distance de l'anneau. Ce procédé est dangereux et expose à la blessure de l'intestin, dont les adhérences au voisinage de l'orifice sont un fait presque constant

dans les hernies ombilicales. Nous croyons préférable de s'éloigner de l'anneau. L'ouverture sera faite avec les précautions ordinaires. Avec une pince à dissection, on prend une toute petite portion de la séreuse, afin de ne mordre que sa tunique externe, et dans un point où l'on ne croit exister aucune adhérence; on attire le sac à soi de façon à faire le vide entre lui et les viscères; puis avec la pointe d'un bistouri, on fait une petite incision près des mors de la pince. On agrandit ensuite l'ouverture. Lorsqu'elle est assez large pour permettre l'introduction d'un doigt, on plonge l'index dans le sac et on l'applique contre sa face interne, de manière à écarter toute anse intestinale.

On s'assure que le doigt ne retient que la séreuse, et on fait glisser sur lui une des branches d'un ciseau ordinaire; le sac s'incise très facilement.

On a la certitude, en procédant ainsi, qu'on ne blessera pas les viscères.

Si on le peut, il faut ouvrir le sac dans toute sa hauteur; on place alors des pinces à forcipresurre sur chacune des lèvres de la séreuse sectionnée et on tire dessus de façon à étaler en quelque sorte toute la masse herniaire. On aura ainsi une surface plane au lieu d'un entonnoir; on facilitera le temps suivant.

III. RÉDUCTION DES VISCÈRES. — On commence à libérer les anses intestinales. Si les adhérences sont assez fortes, on les déchire par de simples tractions; si elles sont résistantes et vasculaires, on les sectionne après ligature préalable; si elles ne sont pas

pédiculées, on ne doit pas tirailler sur l'intestin, on enlève simplement la portion du sac ou de l'épiploon sur laquelle il est implanté et on le réduit.

Reste l'épiploon. Il faut le réséquer, puisque la hernie n'est que le trop plein de la masse des viscères qui se déverse en dehors; on diminuera d'autant le volume du contenu.

On prend l'épiploon à deux mains par son bord libre et on l'élève au-dessus de l'orifice herniaire, de façon à le maintenir tendu et étalé en éventail. On peut le prendre avec des pinces à pédicule placées au-dessus de l'anneau; on fait la ligature entrecroisée, en chaîne, en se servant de l'aiguille mousse de Lucas Championnière. On l'excise à 1 centimètre et demi des fils. On maintient quelques instants le moignon au dehors afin de s'assurer qu'il ne saigne pas. Pour plus de sécurité, on peut faire d'autres points de suture, destinés à rapprocher les bords de la surface de section. On réduit.

On n'a plus qu'une plaie elliptique cutanée, au fond de laquelle apparaît l'orifice ombilical avec une portion de la ligne blanche et le bord interne de la ligne des droits.

IV. AVIVEMENT. — Nous avons vu que le plus souvent les bords de l'anneau se confondent avec la gaine des droits; pour l'enlever, il faut ouvrir la loge musculaire.

Dans cette résection, il est une précaution à prendre. Quelquefois l'épiploon et l'intestin adhèrent à la surface interne de l'anneau et à la paroi abdo-

minale avoisinante. Il sera bon d'introduire l'index gauche dans l'orifice et d'aller détruire ces adhérences. On pourra même maintenir le doigt dans le ventre, recourbé de façon à pouvoir inciser sur lui l'anneau et une portion sus et sous-ombilicale de la ligne blanche, de manière à avoir un orifice musculo-aponévrotique elliptique.

La réunion des deux gaines sur la ligne médiane doit amener, après la fermeture du ventre, la formation d'une loge commune aux deux muscles droits. Mais une portion de ces gaines a été réséquée sur leur bord interne, la loge commune sera diminuée d'autant. Plus nous aurons réséqué et plus elle sera étroite. Si les muscles sont trop comprimés, ils tendront dans leur contraction à faire écarter les lèvres aponévrotiques. Aussi, pour assurer l'affrontement des feuillets des gaines, il faut exciser les fibres musculaires qui débordent la ligne de section des aponévroses.

Cette manœuvre sanglante produit une éventration opératoire. On a au milieu de l'abdomen une plaie profonde, béante, elliptique, à bords nettement tranchés. Il faut fermer la brèche.

V. FERMETURE DE LA PAROI. — C'est le dernier temps de l'opération et peut-être le plus important. Pour le faciliter, on peut employer les artifices auxquels a eu recours M. Condamin dans ses expériences (fig. 1 et 2). L'aiguille de Kroft sera préférable à celle de Reverdin pour transfixer la paroi. Deux ou trois sutures à crampons suffisent à affronter les bords cruentés.

On ne comprendra pas dans une même suture les couches fibreuses et le péritoine, car les bords de la séreuse pourraient s'interposer entre les deux lèvres et on n'aurait pas la réunion immédiate des feuillets aponévrotiques.

Il faut commencer par suturer le péritoine. Surjet à points passés, mis en usage par Doyen pour la suture de l'intestin. Cette variété de surjet consiste à arrêter le fil tous les trois ou quatre points, en passant le fil au travers du point précédent. La cavité péritonéale fermée, on apporte tous ses soins à la suture du plan musculéo-aponévrotique.

Second surjet comprenant le droit et les deux aponévroses. L'aponévrose postérieure est toujours un peu débordée par le muscle, il faudra donc enfoncer l'aiguille assez loin du bord cruenté pour être certain de la prendre dans la suture.

Enfin, suture cutanée au fil métallique ; points séparés.

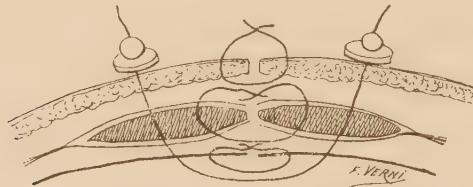


FIG. 3. — Schéma représentant la suture à étages, avec le fil profond.

Chez les sujets gras, avec une simple suture cutanée, on n'aurait pas un accollement de la paroi adi-

peuse dans toute sa surface, et on observerait les mêmes inconvénients que nous avons signalés pour des lambeaux exubérants. Aussi, met-on quelquefois un drain pour déterger la plaie de ses exsudats. Mieux vaut essayer d'obtenir une cicatrice par première intention et faire comme M. Gangolphe deux sutures cutanées : l'une profonde, l'autre superficielle. La première consiste à enfoncer très profondément quelques fils, de façon à prendre la peau et les trois quarts de la paroi graisseuse ; on n'aura plus d'espace libre au-dessus du feuillet aponévrotique.

La paroi sera ainsi intimement réunie dans toute sa hauteur, chaque plan bien affronté.

Après l'opération, il faut assurer cette oblitération mécanique ; aussi croyons-nous devoir dire quelques mots des soins qu'on doit prendre.

Ils se résument dans ces mots : *éviter tout tiraillement sur les sutures*. Si un point cède, l'occlusion n'est plus complète et la fermeture ne sera pas définitive. Il faut défendre au malade de se lever et même de s'asseoir sur son lit ; point d'effort ; les cinq ou six premiers jours, on lui donnera une alimentation légère, des liquides, des boissons rafraîchissantes..., pas de pain, pas de viande... On évitera ainsi la distension de l'intestin et celle des sutures. On diminuera la faim en donnant de l'opium et de la belladone. Le régime est sévère, mais il faut songer au résultat.

En assurant ainsi l'oblitération de l'abdomen, on aura une bonne cicatrice. Ce n'est pas tout ; il faut maintenant ne pas tirer sur cette cicatrice. Nous abordons la question si souvent controversée : l'opéré doit-il porter une ceinture ?

Les premiers temps après l'opération, le tissu cicatriciel néo-formé, quoique fibreux, est extensible. Si on le soumet à des pressions, à des tiraillements continuels, il se relâchera un peu, les parois s'écarteront de même. Plus tard, il se rétractera, les parois écartées ne pourront le suivre dans ce retrait. Le malade aura une tendance à la récurrence.

Il est donc nécessaire d'empêcher cette distension de la cicatrice. Les premiers mois qui suivent l'opération, le sujet devra s'abstenir de tout travail, de tout effort. Ce n'est pas assez, il faut donner un soutien au ventre, afin que dans les efforts de toutes sortes..., toux..., défécation..., la pression soit supportée par ce tuteur et n'ait aucun retentissement fâcheux sur la cicatrice. Le meilleur tuteur sera une large ceinture. Le tissu cicatriciel ne se distendra pas, et quand il sera devenu à l'état adulte, fibreux et inextensible, les parois qui auront toujours été intimement accolées seront à jamais réunies; la guérison sera définitive; on pourra enlever la ceinture.

Mais au bout de combien de temps la cicatrice aura-t-elle acquis ces propriétés? Nous ne savons. Aussi, le mieux sera de garder la ceinture le plus longtemps possible. La gêne qu'elle procure est-elle si grande qu'on se refuse à la porter?

CONCLUSIONS

I. — La cure radicale de la hernie ombilicale de l'adulte s'impose au même titre que celle des autres hernies.

Les traitements sanglants sont les meilleurs, parce que seuls ils peuvent prétendre à une occlusion du trajet herniaire.

II. — Les procédés classiques laissent persister une petite dépression de la ligne blanche, au-dessus et au-dessous de l'anneau « amorce », à une nouvelle hernie; ils demandent l'occlusion du trajet herniaire à des tissus altérés dans leur vitalité, peu aptes à donner une puissante cicatrice.

III. — La résection de l'anneau et d'une portion sus et sous-ombilicale de la ligne blanche détruit toute dépression; l'ouverture des gaines musculaires constitue le meilleur avivement, elle donne des tissus sains et plastiques capables de fournir une cicatrice très résistante.

IV. — La plaie opératoire est identique à celle d'une laparotomie; comme dans celle-ci, il faut faire la suture à étages et assurer la réunion des feuillets aponévrotiques pour prévenir la récurrence.

L'omphalectomie avec la suture à étages semble le mieux répondre aux conditions de la cure radicale des hernies ombilicales; elle est le *procédé de choix*.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

